

PROVAB

SAÚDE DA CRIANÇA:

QUESTÕES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA DENTISTAS



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 6 • UNIDADE 3

PROVAB

SAÚDE DA CRIANÇA:

QUESTÕES DA PRÁTICA ASSISTENCIAL PARA DENTISTAS

São Luís
2014

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS À UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

**Universidade Federal do Maranhão - UFMA
Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS**

Rua Viana Vaz nº 41, Centro

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva. CRB 13ª Região nº de Registro – 453

REVISÃO TÉCNICA:

Judith Rafaelle Oliveira Pinho

Mariana Almeida Mello Proença de Freitas

Claudio Vanucci Silva de Freitas

REVISÃO ORTOGRÁFICA:

João Carlos Raposo Moreira

REVISÃO DIDÁTICO-PEDAGÓGICA:

Deborah de Castro e Lima Baesse

Paola Trindade Garcia

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

**Saúde da criança: questões da prática assistencial para dentistas/
Mariana Carvalho Batista da Silva (Org.). - São Luís, 2014.**

31f. : il.

1. Odontologia. 2. Saúde bucal. 3. Saúde da criança. 4. Políticas de saúde. 5. UNA-SUS/UFMA. I. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. II. Freitas, Mariana Almeida Mello Proença de. III. Freitas, Claudio Vanucci Silva de. IV. Título.

CDU 616.314-053.2

APRESENTAÇÃO

A abordagem coletiva da saúde bucal de crianças deve ser pautada em ações educativas e preventivas direcionadas às crianças e devem envolver a família e outros grupos que acompanham o desenvolvimento infantil e exercem influência social sobre os pequenos.

Na última unidade de nosso curso, abordaremos as principais ações educativas de cunho coletivo em saúde bucal para crianças e como a escola pode ser uma aliada na execução dessas atividades.

SUMÁRIO

UNIDADE 3.....	7
1 ABORDAGEM COLETIVA DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS	7
1.1 Grupos educativos de saúde bucal da criança	7
1.2 Ações educativas em saúde bucal de crianças	8
1.2.1 Ações educativas em saúde bucal para o grupo de bebês (0 a 3 anos)	10
1.2.2 Ações educativas em saúde bucal para crianças em idade pré-escolar (3 a 6 anos).....	11
1.2.3 Ações educativas em saúde bucal para crianças em idade escolar (6 a 12 anos)	12
1.3 Ações preventivas para saúde bucal de crianças	12
1.4 Fluoretação das águas de abastecimento público.....	13
1.5 Escovação supervisionada com dentífrico fluoretado	15
1.5.1 Flúor gel.....	17
1.5.2 Enxaguatório fluoretado	18
1.6 Ações educativas e preventivas nas creches e escolas: potencial do autocuidado.....	19
1.7 Visita domiciliar: potencialidades do agente comunitário de saúde	24
REFERÊNCIAS	29

UNIDADE 3

1 ABORDAGEM COLETIVA DA SAÚDE BUCAL DE CRIANÇAS

O desenvolvimento intenso da infância permite aos profissionais de saúde planejar ações coletivas nos espaços que as crianças ocupam, à medida que crescem e se desenvolvem socialmente. Portanto, as ações educativas e preventivas, sobretudo as educativas, devem ser realizadas em grupos que usam espaços sociais (creches, escolas regulares, escolas de esporte, grupos religiosos, grupos de mães, associações comunitárias etc.) e espaços da unidade de saúde (BRASIL, 2006).

A abordagem coletiva de crianças elaborada pela equipe de saúde bucal deve ser planejada dentro da **linha de cuidado de saúde da criança** e com atuação integrada com os demais profissionais da equipe, que deve estabelecer os **grupos educativos de saúde bucal da criança**, as ações educativas e preventivas para tais grupos e as **estratégias de abordagens** nos espaços sociais e nos espaços da unidade de saúde.

1.1 Grupos educativos de saúde bucal da criança

Os grupos educativos referentes à saúde bucal da criança devem ser estabelecidos a partir das características comuns (crescimento e agravos) a cada fase, pois o trabalho com grupos é considerado uma importante ação coletiva de educação em saúde, uma vez que possibilita o diálogo, a troca de experiências e a construção de conhecimentos entre indivíduos que vivenciam as mesmas situações.

Neste sentido, sugere-se que os grupos sejam organizados da seguinte maneira: a) Grupo de bebês - crianças de 0 a 3 anos; b) Grupo de crianças em idade pré-escolar - crianças de 3 a 6 anos; c) Grupo de escolares - crianças de 6 a 12 anos.



É recomendável, ainda, que as ações de educação em saúde bucal voltadas aos diferentes grupos de crianças sejam parte de programas integrais de saúde da criança, percebendo as inter-relações da saúde bucal com a saúde geral e entendendo o indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade (SESC, 2007).

1.2 Ações educativas em saúde bucal de crianças

Segundo Rezende (1986), a educação é um instrumento de transformação social, de reformulação de hábitos, aceitação de novos valores e que estimula a criatividade. O processo educativo enriquece na medida em que leva à crítica, reflexão e consciência, desde que sejam considerados fatores sociais, econômicos, religiosos e comportamentais como crenças, atitudes e valores dos educandos envolvidos.

A finalidade da ação educativa em saúde é desenvolver nos indivíduos e no grupo a capacidade de analisar criticamente a sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas de saúde e modificar situações; de organizar e realizar a ação; de avaliá-la com espírito crítico. Neste sentido, é importante compreender o modelo explicativo do processo saúde-doença bucal que determina o modo de organização e planejamento da prática educativa em saúde bucal.

Educação em saúde bucal é o processo pelo qual as pessoas ganham conhecimento, se conscientizam e devem desenvolver habilidades necessárias para alcançar uma adequada condição de saúde da cavidade oral. A educação em saúde bucal supõe considerar a possibilidade de empoderamento dos sujeitos para alcançá-la e mantê-la, por meio de práticas de **autocuidado**. A respeito de educação em saúde, Carcereri et al. (2010) consideram que:

As propostas tradicionais de educação em saúde são ancoradas em práticas comunicacionais *unidirecionais*, ou seja, que não possibilitam o diálogo nem a efetiva **participação dos sujeitos**, características fundamentais à construção de um conhecimento emancipatório que produza **autonomia** em relação aos cuidados com a saúde bucal.

Nesse sentido, as práticas de educação em saúde bucal não devem ser mera forma de transmissão vertical de informações. As orientações necessárias a cada grupo educativo devem ser realizadas por meio de abordagens metodológicas que permitam aos sujeitos identificar problemas, levantar hipóteses, reunir dados, refletir sobre situações, descobrir e desenvolver soluções para a proteção da saúde pessoal e coletiva e principalmente aplicar os conhecimentos adquiridos (CARCERERI et al., 2010).

Vale salientar a importância do planejamento relativo aos tópicos (temas) a serem abordados em cada grupo ou indivíduo, porém o planejamento deve ser flexível às dúvidas e aos relatos de experiências dos envolvidos no processo educativo. A valorização da escuta dos sujeitos é necessária para que os temas ganhem significado prático e potencialidade de aplicação pelos sujeitos.

Em relação às crianças, as ações educativas em saúde bucal não devem se restringir aos grupos coletivos ou às próprias ações educativas, devem sempre fazer parte da abordagem clínica individual e de ações preventivas em grupo. Os temas propostos no processo educativo de

saúde bucal para crianças variam de acordo com o grupo etário do qual elas fazem parte e, dependendo da idade, são direcionados à família e/ou às próprias crianças. As ações educativas em grupos devem ser realizadas em espaços da unidade de saúde e outros espaços sociais, sempre na perspectiva de uma abordagem metodológica participativa dos sujeitos. Saiba mais sobre ações educativas em:

SAIBA MAIS!

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Educação em saúde**: planejando as ações educativas: teoria e prática: manual para operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo. 2. ed. rev. São Paulo: CIP, CVE, 2001. 115 p.

1.2.1 Ações educativas em saúde bucal para o grupo de bebês (0 a 3 anos) (SÃO PAULO, 2001)

a) Orientações:

- Importância da amamentação para a saúde bucal
- Alimentação: uso de mamadeira - introdução de sacarose
- Higiene bucal: início
- Erupção dentária: dentição decídua
- Hábitos bucais deletérios: chupeta, sucção digital e sucção de língua
- Traumatismos dentários
- Visita ao consultório odontológico
- Uso de fluoretos

b) Espaços na unidade de saúde:

- Sala de espera de consultas pediátricas e pré-natal
- Sala de acompanhamento do crescimento infantil: antropometria
- Sala de vacinação
- Campanhas de vacinação
- Ação educativa programada com mães/pais de filhos de 0 a 3 anos

c) Espaços coletivos:

Congregações religiosas

Associações comunitárias

Creches

d) Envolvidos:

Família e/ou cuidadores

1.2.2 Ações educativas em saúde bucal para crianças em idade pré-escolar (3 a 6 anos) (SÃO PAULO, 2001).**a) Orientações:**

Alimentação: consumo racional do açúcar

Higiene bucal: escovação e fio dental

Hábitos bucais deletérios: remoção

Erupção dentária: primeiros molares permanentes

Traumatismos dentários: brincadeiras

Visitas periódicas ao consultório odontológico

Uso de fluoretos: proteção e segurança

b) Espaços na unidade de saúde:

Sala de espera de consultas pediátricas

Sala de acompanhamento do crescimento infantil: antropometria

Sala de vacinação

Campanhas de vacinação

Ação educativa programada

c) Espaços coletivos:

Congregações religiosas

Associações comunitárias

Creches

Escolas regulares

Escolas esportivas

d) Envolvidos:

Família/cuidadores, crianças e a comunidade escolar

1.2.3 Ações educativas em saúde bucal para crianças em idade escolar (6 a 12 anos) (SÃO PAULO, 2001).

a) Orientações:
Alimentação: consumo racional do açúcar/escolhas
Higiene bucal: escovação/fio dental e autonomia
Erupção dentária: dentição mista e estabelecimento da dentição permanente
Traumatismos dentários: práticas de esportes
Visitas periódicas ao consultório odontológico: saúde periodontal
Uso de fluoretos: segurança
b) Espaços na unidade de saúde:
Sala de espera de consultas
Ação educativa programada
c) Espaços coletivos:
Congregações religiosas
Associações comunitárias
Escolas regulares
Escolas esportivas
d) Envolvidos:
Família/cuidadores, crianças e comunidade escolar

1.3 Ações preventivas para saúde bucal de crianças

Dentre os agravos mais comuns da infância, a cárie dentária possui métodos preventivos que podem ser utilizados em abordagem coletiva, em conjunto com as ações educativas, sobretudo aquelas ações realizadas com crianças na escola.

A abordagem coletiva da doença periodontal é feita mediante a organização das ações de vigilância sobre os sinais de risco em saúde bucal. Os riscos são: falta de acesso à escovação, presença de sangramento/secreção gengival, diabetes mellitus, imunodepressão e fumo. Apenas o sangramento

gingival é observado no exame clínico ou durante a escovação, pois os outros sinais de riscos para a doença periodontal não são observados em crianças. Dessa maneira, as ações preventivas descritas serão aquelas referentes à prevenção de cárie dentária com métodos de uso de fluoretos.

Os principais métodos de prevenção de cárie dentária em âmbito **coletivo** são a fluoretação das águas de abastecimento público, escovação supervisionada com dentifrícios fluoretados, flúor gel e enxaguatório fluoretado. Com muita propriedade, o Ministério da Saúde torna claro que:

Para se instituir a aplicação tópica de flúor (flúor gel ou solução fluorada) de forma coletiva, deve ser levada em consideração a situação epidemiológica dos grupos populacionais locais em que a ação será realizada (BRASIL, 2006).

O verniz com flúor apresenta como vantagem a utilização em crianças em idade pré-escolar (3 a 6 anos), pois não há risco de fluorose dentária quando utilizada na frequência recomendada. Apesar de tal método ser aplicado tanto em ambiente clínico como em ações extraclínicas e considerar que sua aplicação, mesmo em âmbito de ações coletivas, é individual, não o descreveremos como método preventivo de ação coletiva.

1.4 Fluoretação das águas de abastecimento público

A fluoretação da água de abastecimento público é um dos eixos orientadores das ações de promoção e proteção à saúde da Política Nacional de Saúde Bucal. É considerado um método sistêmico do uso de flúor, porém apresenta efeito tópico desejado de manter constante a concentração de flúor na cavidade bucal, em função da ingestão frequente de água.

A fluoretação da água de abastecimento público representa uma das principais e mais importantes medidas de saúde pública no controle de cárie dentária (RAMIRES; BUZALAF, 2007). É um método seguro, simples, eficaz

e econômico de prevenção da cárie em âmbito coletivo, pois atinge toda a população com acesso à água tratada e diminui as iniquidades no acesso ao flúor (BRASIL, 2006).

A implantação da fluoretação das águas deve ser uma política prioritária no enfrentamento dos agravos em saúde bucal, assim como a garantia do monitoramento dos teores de flúor agregados à água. O monitoramento do teor de flúor ou heterocontrole tem a finalidade de evitar a subdosagem, visando à sua maior eficácia, e a sobredosagem, que oferece risco para a fluorose dental.



REFLITA COMIGO!

Qual o papel da ESB na implantação da fluoretação das águas nos municípios e do controle do teor de flúor? Porque a Lei 6050/1974 não é cumprida?

SAIBA MAIS!

BRASIL. Presidência da República. Senado Federal. Lei Federal Nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 maio. 1974. Seção 1, p. 6021. Disponível em: <http://goo.gl/gYPBmQ>.

____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria GM/MS Nº 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 mar. 2004. Disponível em: <http://goo.gl/E0c5XS>.

1.5 Escovação supervisionada com dentifrício fluoretado

Dentifrício fluoretado é considerado um dos métodos mais racionais de prevenção da cárie dentária, pois alia a remoção do biofilme bacteriano à exposição constante ao flúor. O uso dos dentifrícios tem sido considerado responsável pela diminuição nos índices de cárie observados hoje em todo o mundo, mesmo em países ou regiões que não possuem água fluoretada. Apesar de ser um método de uso individual, é considerado um meio coletivo de obtenção de flúor, uma vez que a possibilidade da aquisição do produto, independentemente do poder aquisitivo dos indivíduos e famílias, depende de decisões governamentais, no âmbito das políticas públicas, relacionadas com a regulamentação da medida pelas respectivas autoridades, em cada país (BRASIL, 2009a).

A escovação com dentifrício deve ser um hábito diário, no entanto é necessário que a qualidade de escovação seja capaz de realizar o controle do biofilme. A escovação dental supervisionada é uma atividade preventiva que pode ser realizada em ambientes coletivos, sobretudo escolas e creches.

A escovação dental supervisionada pode ser **indireta ou direta**. Na modalidade **indireta**, o agente da ação não é, necessariamente, um profissional de saúde e a finalidade é, essencialmente, levar flúor à cavidade bucal e, adicionalmente, consolidar o hábito da escovação. A escovação dental supervisionada **direta**, além de ajudar as crianças a desenvolver maior habilidade no processo de remoção de biofilme, atribuir valor ao hábito da higiene bucal e consolidá-lo, objetiva, também, verificar a qualidade de desorganização do biofilme dental, com a avaliação específica de cada criança participante da ação. Conforme o contexto epidemiológico, a escovação dental supervisionada **indireta** pode ser realizada diária ou semanalmente, por exemplo, em escolas e creches, envolvendo, na condução da ação, cuidadores e professores devidamente capacitados. Vale ressaltar que na escovação dental supervisionada indireta, a equipe de saúde bucal deve atuar no planejamento, supervisão e avaliação das ações e, apenas indiretamente, na sua execução (BRASIL, 2009a).

Contudo, nos contextos programáticos em que a ação coletiva de escovação dental supervisionada indireta é realizada, é indispensável realizar, também, a ação coletiva de escovação dental supervisionada direta. Na modalidade direta, que objetiva avaliar a qualidade do ato individual de escovar os dentes, sugere-se o uso de evidenciadores de biofilme para motivar a criança e orientá-la a escovar as áreas e superfícies que exigem esforço adicional. É importante ressaltar que nessa modalidade, os membros da equipe de saúde bucal participam de todas as etapas da ação, inclusive a execução. De acordo com o contexto epidemiológico e programático das equipes de saúde bucal, as ações de escovação supervisionada direta podem ser semestrais, quadrimestrais ou trimestrais (BRASIL, 2009a).

Para obter mais informações sobre "Ação coletiva de escovação dental supervisionada",

CONSULTE:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95, de 14 de fevereiro de 2006.
Disponível em: <http://goo.gl/CxaTZz>.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Indicador Média da ação coletiva de escovação dental supervisionada**: nota técnica. Disponível em: <http://goo.gl/NeRkXW>.

1.5.1 Flúor gel

A aplicação tópica de flúor gel (ATF) integra os denominados procedimentos coletivos de saúde bucal. A ATF é indicada para fins preventivos, quando a exposição a fluoretos por outros métodos é baixa ou quando a prevalência de cárie dentária no território ou região é elevada. Aplicações tópicas de flúor gel também são indicadas para fins terapêuticos quando a criança apresenta atividade de cárie dentária.

O flúor gel pode ser aplicado em moldeiras ou através de escovação sem necessidade de profilaxia prévia. Para a definição por uma das duas técnicas, devem ser considerados os custos e aspectos operacionais inerentes a cada uma delas (BRASIL, 2009a). A técnica mais comum para utilização do flúor gel nas ações coletivas com escolares é a aplicação com o uso de escova dental, que deve ser realizada somente em crianças que apresentem controle da deglutição. Em crianças menores de 12 anos, deverá ser **sempre** realizada sob a supervisão dos membros da equipe de saúde bucal (CD, ASB ou TSB). Recomenda-se que a aplicação seja feita preferencialmente em pequenos grupos, para que seja possível o adequado controle do uso do produto (CARCERERI et al., 2010).

Vale lembrar que durante as atividades preventivas, como a aplicação de flúor na escova, realizadas, por exemplo, com escolares, deve-se reforçar a importância da higiene bucal e explicar qual o papel do flúor na prevenção da cárie.

VAMOS PRATICAR?

Que tal fazer a leitura do texto indicado e planejar uma atividade preventivo-educativa para um grupo de crianças com atividade de cárie detectada durante a escovação supervisionada direta? É uma das maneiras de pôr em prática seus conhecimentos.



1.5.2 Enxaguatório fluoretado

Os enxaguatórios bucais fluoretados são soluções concentradas de flúor, normalmente fluoreto de sódio (NaF a 0,05% - 225 ppm ou NaF a 0,2% - 900 ppm) que, se utilizados de forma regular, apresentam redução de 23 a 30% de cárie dentária (BRASIL, 2009a). O uso regular supervisionado do bochecho fluoretado em crianças pode ser diário (NaF a 0,05% - 225 ppm), semanal ou quinzenal (NaF a 0,2% - 900 ppm), porém é contraindicado em crianças em idade pré-escolar (menores de 6 anos) devido ao risco de ingestão. Segundo Carcereri et al. (2010), em atividades escolares deve-se optar pelo uso do bochecho semanal (fluoreto de sódio a 0,2%), totalizando no mínimo 25 aplicações por ano.

Apesar da descontinuidade do uso do bochecho comprometer a eficácia do método na prevenção da cárie, este método apresenta facilidade de aplicação e baixo custo, no entanto necessita de rigoroso planejamento e controle da equipe de saúde bucal. Quando este método é utilizado nas escolas, a equipe de saúde bucal deve fornecer os insumos necessários e pode capacitar um agente escolar para efetuar tal ação (CARCERERI et al., 2010).

De acordo com o "Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil", a utilização de bochechos com abrangência coletiva com periodicidade semanal (NAF 0,2%) é recomendada para **populações** ou **grupos** nos quais se constate uma ou mais das seguintes situações:

a) exposição à água de abastecimento sem flúor; **b)** exposição à água de abastecimento com teores de fluoretos abaixo da concentração indicada (até 0,54 ppm F); **c)** CPO-D médio maior que 3 aos 12 anos de idade; **d)** menos de 30% dos indivíduos do grupo são livres de cárie aos 12 anos de idade; **e)** populações com condições sociais e econômicas que indiquem baixa exposição a dentifrícios fluoretados (BRASIL, 2009a).

VAMOS PRATICAR?

Verifique se uma das situações citadas no “Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil”, publicado pelo Ministério da Saúde em 2009, para a utilização de bochechos com abrangência coletiva, é detectada no seu território de atuação. Caso positivo, como planejar ações articuladas na escola para a implantação do **bochecho semanal** nas escolas sob os cuidados da sua unidade de trabalho?

1.6 Ações educativas e preventivas nas creches e escolas: potencial do autocuidado

A família é o primeiro grupo social no qual as crianças estão inseridas e, à medida que crescem e se desenvolvem, começam a participar de outros grupos sociais, frequentemente creches e escolas.

A escola, que tem como missão primordial desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha, em conjunto com outros espaços sociais, papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social (BRASIL, 2009b). A escola representa um ambiente educacional e social propício para trabalhar conhecimentos e mudanças de comportamento (SÁ; VASCONCELOS, 2009). Neste contexto, a escola é um importante



cenário para a promoção da saúde, pois nela permanecem e convivem alunos, pais e professores, formando uma rede de relações que atua diretamente no processo de socialização da criança (CARCERERI et al., 2010).

A saúde é um campo inerente à rotina escolar, uma vez que se constrói na vida cotidiana da criança. Sendo assim, muitas foram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os escolares, a partir e/ou dentro de uma perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e odontológica. Assim, as abordagens à saúde do escolar centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas, deveriam ser saudáveis (BRASIL, 2009b).

Nesse contexto do passado, o modelo que priorizou a atenção odontológica aos escolares do sistema público de primeiro grau, introduzido na década de 50 pelo Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), tinha o enfoque curativo-reparador e ficou conhecido como Odontologia Escolar (BRASIL, 2006).

A saúde entrava na escola para produzir uma maneira de imposição de comportamentos saudáveis, baseada no ordenamento dos escolares a partir da medicalização biológica e/ou psíquica dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, sem considerar os fatores do processo saúde-doença e alicerçada na “culpabilização individual pelo cuidado com a própria saúde” (BRASIL, 2009b). A escola, portanto, vem deixando de ser um local voltado para um trabalho centrado em atividades curativas para transformar-se em espaço de potencialização do **autocuidado** e da **educação em saúde** (CARCERERI et al., 2010).



No contexto do espaço escolar, encontram-se diferentes sujeitos, com histórias e papéis sociais distintos – professores, alunos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, avôs, voluntários, entre outros –, que produzem modos de refletir e agir sobre si e sobre o mundo e que devem ser compreendidos pelos profissionais da saúde em suas estratégias de **cuidado** (BRASIL, 2009b).

Partindo do conceito de territorialidade, como princípio pético da Atenção Básica, as equipes de saúde da família devem desenvolver ações em que se vinculam à comunidade que lá vive e produz saúde e/ou doenças. É nesse território, que também contempla as **unidades escolares**, que as equipes de saúde da família podem construir e fortalecer a articulação com a comunidade.

Independente da implantação do **Programa Saúde na Escola**, instituído por Decreto Presidencial Nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, as ações de promoção da saúde da equipe de saúde da família nas escolas deve estar em consonância com o agir educativo, cuja finalidade é a formação de sujeitos e projetos pedagógicos voltados para o direito à vida. Nesse contexto, a potencialização do trabalho do professor só será obtida se os profissionais de saúde atuarem de forma conjunta, trocando informações e fornecendo subsídios suficientes ao desenvolvimento das **ações educativas**.

SAIBA MAIS!

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 96 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 24) (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/kj59TL>.

Portanto, as propostas tradicionais de educação em saúde ancoradas em práticas comunicacionais *unidirecionais*, que não possibilitam o diálogo nem a efetiva participação dos escolares, devem ser substituídas por abordagens metodológicas que permitam ao escolar identificar problemas, levantar hipóteses, reunir dados, refletir sobre situações, descobrir e desenvolver soluções (CARCERERI et al., 2010).

Abordagens metodológicas que permitem a **escuta** de experiências e percepções devem ser aplicadas nos processos de educação em saúde bucal, pois possuem características fundamentais à construção de um conhecimento emancipatório que produza autonomia em relação aos cuidados com a saúde bucal, enquanto permitem reflexão. Dessa forma, os profissionais devem utilizar “metodologias que promovam a participação ativa do aluno, valorizando seu conhecimento prévio sobre o tema e permitindo que ele produza uma leitura própria das informações que recebe” (CARCERERI et al., 2010).

Além da utilização de metodologias ativas no processo educativo em saúde bucal, é importante que a equipe aplique **estratégias** de comunicação adequadas às variadas idades das crianças nas creches (3 a 6 anos) e escolas (6 a 12 anos), dentro da linha de cuidado à saúde bucal da criança.

Aprenda mais sobre estratégias educativas no “Manual técnico de Educação em Saúde Bucal”, publicado pelo SESC em 2007.

CONSULTE:

SESC. DN. DPD. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007.132 p. Disponível em: <http://goo.gl/Fsmz6H>.

É importante que as ações educativas e preventivas desenvolvidas pela equipe de saúde bucal e realizadas nas escolas façam parte do planejamento escolar, sejam contínuas e sistemáticas. Convém salientar que a saúde é um tema transversal, devendo permear diferentes atividades desenvolvidas pela escola dentro da proposta curricular de cada uma.

O envolvimento dos orientadores pedagógicos e professores no processo educativo em saúde bucal pode potencializar o impacto da atividade educativa desenvolvida pela equipe de saúde bucal, visto que o trabalho de educação em saúde não é responsabilidade única dos profissionais de saúde, devendo ser compartilhado com aqueles que podem exercer influências sobre as crianças. Os profissionais da educação, em função de seus conhecimentos em técnicas metodológicas e de seu relacionamento psicológico com os escolares, podem estar envolvidos, influenciando favoravelmente na construção de hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2009b).

As ações de saúde bucal (educativas e preventivas) realizadas de forma permanente promovem o vínculo com as crianças e suas famílias. O vínculo, por sua vez, abre caminho para as ações de educação em saúde realizadas em outros espaços e inclusive pode facilitar o condicionamento da criança, mesmo quando ela precisa de intervenções clínicas mais invasivas. Outro benefício da atuação permanente e programática das equipes de saúde bucal é a longitudinalidade do cuidado e a associação positiva da saúde bucal (CARCERERI et al., 2010).

A Política Nacional de Saúde Bucal recomenda que as atividades coletivas sejam executadas, preferencialmente, por auxiliares de saúde bucal (ASB), técnicos em saúde bucal (TSB) e agentes comunitários de saúde (ACS). Já o planejamento, a organização, a supervisão e a avaliação das atividades ficam sob a responsabilidade do cirurgião-dentista (BRASIL, 2004b).

Obtenha mais informações sobre saúde bucal nas escolas.

ENCONTRE EM:

AQUILANTE, A. G. et al. A Importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Rev. Odontol. UNESP**, São Carlos, v. 32, n. 1, p. 39-45, jan./jun. 2003.

MESQUINI, M. A.; MOLINARI, S. L.; PRADO, I. M. M. Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no ensino fundamental e médio. **Arg Mudi.**, v. 10, n. 3, p.16-22. 2006.

SÁ, Larissa Oliveira de; VASCONCELOS, Márcia Maria Vendiciano Barbosa. A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental: revisão de literatura. **Odontologia. Clín.-Cientific.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 299-303, out./dez. 2009. Disponível em: <http://goo.gl/qkPYrR>.

1.7 Visita domiciliar: potencialidades do agente comunitário de saúde

A parceria com os ACS é um importante avanço para as ações de saúde bucal, considerando que sua relação de proximidade com as famílias abre caminho para as ações de educação em saúde. Através de atuações direcionadas principalmente a pais e cuidadores, o trabalho dos ACS ajuda a preencher uma importante lacuna das atividades realizadas nas escolas: a dificuldade



de envolver a família nos cuidados com a saúde bucal da criança.

Considerando as ações de saúde bucal da criança, a atuação do ACS pode ocorrer através da visita domiciliar ou da participação nas demais atividades coletivas. A visita domiciliar é a atividade mais importante do processo de trabalho do agente comunitário de saúde. Ao entrar na casa de uma família, o ACS entra não somente no espaço físico, mas em tudo o que esse espaço representa. Em cada domicílio vive uma família, com seus códigos de sobrevivência, suas crenças, sua cultura e sua própria história

(BRASIL, 2009c).

Neste sentido, a visita domiciliar representa, além de mais um campo para as ações educativas em saúde bucal, a busca ativa de crianças para os grupos educativos nas ações da unidade e atendimento clínico. As visitas podem ser programáticas ou de



acompanhamento.

O Ministério da Saúde assegura que a visita programática é um momento destinado exclusivamente à educação em saúde bucal. Deve ser direcionada, principalmente, a pais e cuidadores, mas também pode envolver a criança. A equipe de saúde bucal deve criar um roteiro com os temas mais relevantes a serem abordados de acordo com as idades das crianças. A visita de acompanhamento, por sua vez, tem finalidades mais pontuais e é realizada conforme necessidade percebida pela equipe de saúde bucal, pelos ACS ou

pelos membros da equipe de saúde da família (BRASIL, 2009c) (Quadro 1).

Quadro 1 - Sugestão de visitas domiciliares.

RISCO FAMILIAR	CARACTERÍSTICAS	PERIODICIDADE DAS VISITAS
Sem risco	Sem crianças de até cinco anos; sem gestantes; ausência de cárie e doença periodontal; sem necessidade de prótese.	Visitas bimestrais
Risco leve	Crianças de um até cinco anos e/ou gestantes sem patologias e/ou adulto com patologia crônica controlada com tratamento; um membro da família tem cárie ou doença periodontal ou necessidade de prótese.	Visitas mensais
Risco moderado	Crianças menores de um ano e/ou gestantes após o 7º mês e/ou adulto com patologia crônica sem tratamento; um a três membros da família tem cárie ou doença periodontal ou necessidade de prótese.	Três em três semanas, com possibilidade de visitas quinzenais para gestante após o 8º mês de gestação
Risco grave	Mais de três membros da família tem cárie dentária, doença periodontal e necessidade de prótese.	Quinzenais ou quando necessário, de acordo com o trabalho desenvolvido pela equipe saúde da família

Fonte: Adaptado de UBERLÂNDIA. Secretaria Municipal de Saúde. 1999.

SAIBA MAIS!

Sobre visitas domiciliares, consulte:

COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo C. M. Aplicação de Escala de Risco

Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, p. 19-26, fev. 2011.

Disponível em: <http://rbmfc.org.br/rbmfc/article/download/104/98>.

De acordo com Carcereri et al. (2010), a visita de acompanhamento tem como objetivos:

a) reforçar alguma orientação que o ACS perceba que não foi bem compreendida; b) verificar a situação da criança quando a equipe de saúde bucal realiza encaminhamentos a outros serviços; c) motivar os pais ou cuidadores caso relatem dificuldades em relação aos cuidados com a saúde bucal; d) intensificar o acompanhamento quando são identificadas deficiências no cuidado com a saúde bucal da criança; e) divulgar atividades desenvolvidas na unidade de saúde.

Para garantir a eficiência das ações educativas em saúde bucal do ACS, é importante sua permanente capacitação técnica, que tem como objetivo aprimorar o seu conhecimento técnico sobre saúde bucal e é de responsabilidade da equipe, que deve enfatizar a relação entre a saúde bucal e qualidade de vida, bem como a relação entre contexto e hábitos familiares e o processo saúde-doença. Outros tópicos podem ser abordados mediante as necessidades de capacitação identificadas pelos ACS em sua rotina de trabalho. O trabalho da equipe de saúde bucal com os ACS promove o fortalecimento do vínculo com a população e favorece a longitudinalidade do cuidado, permitindo um melhor acompanhamento das famílias da área de abrangência.

VAMOS PRATICAR?

Estamos falando do trabalho do ACS; que tal você elaborar um roteiro para o agente utilizar nas ações em educação de saúde bucal em um domicílio com um bebê lactante (4 meses) e uma criança de 2 anos?

Considerações finais

A atenção à saúde bucal da criança está inserida na linha integral de saúde da criança. Sendo assim, a equipe de saúde bucal deve atuar de maneira multiprofissional com os outros membros da equipe de saúde da família.

A linha de cuidado à saúde bucal de crianças (0 a 12 anos) deve permear todos os espaços e ações das equipes de saúde da família. Portanto, existe uma clara necessidade de compartilhar conhecimentos com todos os membros das equipes de saúde da família (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde).

A equipe de saúde bucal deve traçar estratégias para o cuidado com crianças para além do atendimento clínico na unidade, intensificando as ações **educativas** e **preventivas** direcionadas aos grupos educativos da unidade ou formando os próprios grupos de saúde bucal da criança. Tais atividades, desenvolvidas nos diversos espaços da unidade de saúde ou em espaços coletivos, devem ser dirigidas aos pais, cuidadores, família e a todos os envolvidos com o desenvolvimento da criança de maneira a fortalecer o **vínculo** com ESB e favorecer a **longitudinalidade** do cuidado.

REFERÊNCIAS

AQUILANTE, A. G. et al. A Importância da educação em saúde bucal para pré-escolares. **Rev. Odontol. UNESP**, São Carlos, v. 32, n. 1, p. 39-45, jan./jun. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Nº 95, de 14 de fevereiro de 2006. 2006. Disponível em: <http://goo.gl/23RFYC>. Acesso em: 13 out. 2012.

____. _____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Portaria GM/MS Nº 518, de 25 de março de 2004. Estabelece os procedimentos e responsabilidades relativos ao controle e vigilância da qualidade da água para consumo humano e seu padrão de potabilidade, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 26 mar. 2004a. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2004/GM/GM-518.htm>.

____. _____. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. 16 p.

____. _____. Grupo Hospitalar Conceição. **Atenção à saúde da criança de 0 a 12 anos**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2009d. 200 p.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Guia de recomendações para o uso de fluoretos no Brasil**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. 56 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

____. _____. _____. **Saúde na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 96 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 24) (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://goo.gl/1rlvOT>.

____. _____. **O trabalho do agente comunitário de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009c. 84 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

____. Presidência da República. Senado Federal. Lei Federal nº 6.050, de 24 de maio de 1974. Dispõe sobre a fluoretação da água em sistemas de abastecimento quando existir estação de tratamento. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 27 maio. 1974. Seção 1, p. 6021. Disponível em: <http://goo.gl/MVRMDN>.

CARCERERI, Daniela Lemos et al. Ações coletivas voltadas à promoção da saúde da criança e a prevenção de doenças bucais na infância. In: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. **Saúde da criança: odontologia**. Florianópolis: UFSC, 2010. 128 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família). Disponível em: <http://goo.gl/J9KHWC>. Acesso em: 25 fev. 2014.

COELHO, Flávio Lúcio G.; SAVASSI, Leonardo C. M. Aplicação de Escala de Risco Familiar como instrumento de priorização das visitas domiciliares. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v. 1, p. 19-26, fev. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/6z9ZZT>. Acesso em: 09 dez. 2013.

MESQUINI, M. A.; MOLINARI, S. L.; PRADO, I. M. M. Educação em saúde bucal: uma proposta para abordagem no ensino fundamental e médio. **Arq Mudi.**, v. 10, n. 3, p. 16-22, 2006.

PINTO, V. G. **Saúde bucal coletiva**. 5. ed. São Paulo: Santos, 2008.

RAMIRES, I.; BUZALAF, M. A. R. A fluoretação da água de abastecimento público e seus benefícios no controle da cárie dentária: cinquenta anos no

Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 4, p. 1057-1065, 2007.

REZENDE, A. L. M., **Saúde**: Dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez, 1986, p. 85 a 95.

SÁ, Larissa Oliveira de; VASCONCELOS, Márcia Maria Vendiciano Barbosa. A importância da educação em saúde bucal nas escolas de ensino fundamental: revisão de literatura. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, v. 8, n. 4, p. 299-303, out./dez. 2009. Disponível em: <http://goo.gl/O6ZS7Y>. Acesso em: 09 dez. 2013.

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. **Educação em saúde**: planejando as ações educativas: teoria e prática: manual para operacionalização das ações educativas no SUS - São Paulo. 2. ed. rev. São Paulo: CIP, CVE, 2001. 115 p.

SESC. DN. DPD. **Manual técnico de educação em saúde bucal**. Rio de Janeiro: SESC, Departamento Nacional, 2007. 132 p. Disponível em: <http://goo.gl/4BbaZf>. Acesso em: 13 out. 2012.